

Année 1928

THESE

N°

223

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Leopoldo RUIZ COVARRUBIAS

Né le 26 Juin 1898, à Saint-Christobal (Mexique)

LES RAPPORTS DE LA SYPHILIS
ET DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

Président : M. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

828

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Leopoldo RUIZ COVARRUBIAS

Né le 26 Juin 1898, à Saint-Christobal (Mexique)

**LES RAPPORTS DE LA SYPHILIS
ET DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE**

Président : M. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie.....	ROUVIERE
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO
Physiologie.....	ROGER
Physique médicale.....	STROHL
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marc L LABBÉ
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LOEPER.
Hygiène.....	N...
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON
	ACHARD
	WITAL
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	II. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux.....	JEANSELME
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN
	TEISSIER
Clinique chirurgicale.....	DELBET
	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique.....	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT
Professeur sans chaire.....	BRANCA.
Clinique de la tuberculose.....	L. BERNARD.

H. — AGREGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCC	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.

14. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVY	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agréé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES CHERES TANTES

*En témoignage d'affection et
de reconnaissance.*

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en présidant cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS WIDAL,
NOBECOURT,
TEISSIER,
COUVELAIRE,
GUILLAIN,
JEANSELME,
SEBILEAU,
TERRIEN,
CLAUDE,
LEGUEN,
ALGLAVE, P^r agrégé,
LAUNAY,

MM. LES DOCTEURS MILLIAN,
PARMENTIER.

INTRODUCTION

On s'est particulièrement intéressé ces dernières années à l'étude des Endocardites infectieuses.

Qu'on ait pu suivre l'affection et la guérir, ce qui est rare, ou qu'on ait pu, après avoir serré de plus ou moins près la vérité par tous les moyens d'investigation cliniques et de laboratoire, en vérifier les lésions post-mortem, elle reste souvent mystérieuse quant au germe qui en a déterminé l'éclosion.

S'il est des cas manifestement dûs cliniquement à tel ou tel agent microbien retrouvé dans le sang par une ou plusieurs hémocultures, il est des cas où le doute persiste longtemps, parfois jusqu'à la fin. Souvent l'autopsie même et des examens anatomo-pathologiques minutieux ne donnent pas la clé de l'énigme.

En dehors de la maladie rhumatismale qu'on reconnaît unanimement pouvoir déterminer par son virus encore inconnu, l'Endocardite infectieuse, il est des germes qu'on retrouve dans le sang de nombre de ces malades, d'une façon fré-

quente. Il en est d'autres plus rares. Dans l'ensemble ils sont peu nombreux.

On s'accorde enfin à faire jouer un rôle plus ou moins important suivant les auteurs au terrain sur lequel évolue l'affection.

Il est surtout capital de savoir si le cœur était ou non antérieurement lésé ; des manifestations très diverses surviennent suivant que l'endocarde a été touché ou non ; l'évolution est différente ; le pronostic reste très sombre cependant dans tous les cas.

Le rhumatisme ou la syphilis sont les deux affections qu'on relève le plus souvent dans les antécédents des malades.

Le rhumatisme touche aussi bien le péricarde et le myocarde que l'endocarde.

On sait que la syphilis touche plus volontiers l'endocarde et surtout les valvules.

On peut parfois trouver les deux affections chez le même sujet.

On a considéré souvent, à juste titre, le rhumatisme comme devant favoriser l'endocardite infectieuse. A ce point de vue a-t-on fait jouer à la syphilis le rôle qu'elle méritait ?

Nous avons eu la bonne fortune d'étudier l'évolution d'une endocardite infectieuse chez six malades qui étaient manifestement syphilitiques et chez les-

quels la réaction de Bordet-Wassermann fut positive (1).

En lisant les rares travaux publiés sur les relations entre la syphilis et les endocardites infectieuses nous n'avons guère trouvé d'observations intéressantes.

Nous avons recherché les notions un peu éparses de syphilis dans les travaux consacrés aux Endocardites infectieuses.

Nous nous sommes aperçus que très souvent on n'avait pas donné, croyons-nous, à la syphilis la place qu'elle devait avoir. Par contre, on lui a fait jouer parfois un rôle qui nous paraît excessif.

Il est des cas, chez des syphilitiques, où le tréponème n'intervient absolument pas dans l'apparition et l'évolution de l'Endocardite infectieuse.

Il est enfin des cas où le Bordet-Wassermann est positif chez des malades qui, manifestement, ne sont pas syphilitiques et dont le cœur à l'autopsie ne présente aucune lésion syphilitique.

Il nous a paru intéressant, à l'occasion des observations que nous publions de tenter une étude des rapports qui peuvent exister entre la syphilis et l'Endocardite infectieuse.

(1) Nous tenons à remercier particulièrement M. le docteur Clerc, qui a bien voulu nous confier quatre de ces observations prises dans son service de l'hôpital de Lariboisière et qui nous a permis de les utiliser pour notre travail.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Nous nous proposons dans ce travail, après avoir brièvement passé en revue les agents microbiens connus de l'Endocardite infectieuse, de montrer que la syphilis peut être à la base de la première lésion ; nous en étudierons les différentes modalités et leurs conséquences.

Nous verrons que le tréponème ne peut pas être invoqué comme l'agent causal de l'Endocardite infectieuse ; puis nous verrons qu'on ne peut attribuer à la réaction Bordet-Wassermann qu'une valeur relative dans ces cas particuliers.

Enfin, nous envisagerons quelles sont les déductions thérapeutiques qu'entraînent ces considérations.

ETIOLOGIE

DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

DE L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE

On a longtemps hésité sur la cause de l'Endocardite infectieuse.

Depuis qu'on peut pratiquer des examens de laboratoire, avec une sûreté absolue, les germes en causes ont été en partie découverts.

L'hémoculture a permis l'identification de microbes les plus divers. A vrai dire ils sont peu nombreux, difficiles à mettre en évidence, et leur trouvaille suppose des examens répétés.

On n'a pas pu encore identifier le virus rhumatismal.

Mais pour ce qui est des endocardites infectieuses non rhumatismales, on est parvenu à isoler, par ordre de fréquence :

le streptocoque : viridans (Schottmüller)~ .
hémolytique (en diverses va-
riétés).

le staphylocoque : doré
blanc

le pneumocoque

le gonocoque

le bacille pyocyannique
le bacillus anthracis
le bacille de l'influenza (Thayer)
le bacille de Pfeiffer (Thayer)

Le streptocoque est de beaucoup le plus fréquent.

Nous nous bornons à cette simple énumération d'agents microbiens sans entrer dans des considérations pathogéniques et bactériologiques, qui sortent du cadre de ce travail.

QUÉ FAUT-IL PENSER DE LA SYPHILIS COMME LÉSION PRÉDISPOSANTE

Il n'est pas rare, quand on interroge minutieusement les malades atteints d'Endocardite infectieuse de trouver dans leurs antécédents des manifestations syphilitiques.

Ces commémoratifs syphilitiques peuvent être isolés.

Ils peuvent coexister avec les commémoratifs de rhumatisme articulaire aigu.

La réaction de Bordet-Wassermann peut être positive ; nous verrons plus loin quelle valeur on doit lui accorder.

A l'autopsie on peut trouver des lésions végétantes ou ulcéreuses greffées sur des lésions syphilitiques récentes ou anciennes.

Thayer, dans l'ouvrage très important qu'il a consacré aux Endocardites infectieuses et qui repose sur 198 cas, étudiés par lui en 34 ans et demi, jusqu'au 1^{er} janvier 1924, a constaté que l'Endocardite infectieuse rhumatismale a été secondaire dans 64,7 % des cas, à une atteinte valvulaire antérieure

dûe manifestement au rhumatisme. Il n'a jamais trouvé trace de syphilis dans ces faits d'Endocardite rhumatismale.

Dans l'Endocardite infectieuse pneumococcique il n'a pas trouvé que les lésions valvulaires préexistantes, 34,6 % fussent dues à la syphilis. Cependant, étant donné la fréquence de l'atteinte des valvules sigmoïdes dans l'Endocardite pneumococcique, il s'est demandé « dans combien de cas une lésion syphilitique des valvules aortiques pouvait avoir précédé l'infection aiguë ». Sur 20 cas d'atteinte évidente des valvules sigmoïdes il n'a pas trouvé « de lésions subjectives de syphilis ». Il souligne cette observation qu'il reconnaît être « intéressante et inattendue ».

Il en est de même pour l'Endocardite à staphylocoque doré. Dans aucun des cas de végétations aortiques il n'y avait « évidence d'atteinte syphilitique antérieure des valvules ».

Parmi les cas d'Endocardite à staphylocoque blanc qu'il a observés il n'y eut qu'une fois lésion cardiaque précédant l'Endocardite infectieuse et c'était un cas d'aortite syphilitique et d'insuffisance aortique syphilitique. Cette observation est remarquable.

Sur 14 cas d'Endocardite aortique à gonocoque il trouve un cas de lésion syphilitique préexistante.

Dans ces observations d'Endocardite infectieuse à streptocoque, sur 35 cas d'Endocardite des valvules aortiques il trouve deux cas, où la lésion primitive

« était certainement d'origine syphilitique ». Dans cinq autres cas il la croit possible.

« Il apparaîtrait, par conséquent, conclut-il, que pour deux cas sur 35 seulement (5,5 %) il est sérieusement possible que la syphilis ait joué un rôle prédisposant dans l'Endocardite à treptocoque » (page 120).

Dans la série des Endocardites grippales (*bacillus influenzae*) sur 6 cas autopsiés il y a un cas de lésions valvulaires préexistantes, probablement syphilitiques ; un autre cas « où la possibilité de la syphilis ne peut être rejetée ».

Il conclut en écrivant : « les lésions valvulaires syphilitiques préexistantes furent étonnamment rares ».

Jaubert et Marchal, dans un travail du service de M. Laubry, pensent qu'on doit tenir compte d'avantage de la syphilis.

« Nombre d'auteurs opposent la rareté des lésions syphilitiques à la quasi-constance des atteintes du rhumatisme sur le cœur de ces malades.

« Or, trois fois sur dix nous avons relevé la syphilis dans les antécédents.

« Nous ne tenons pas compte d'une seule réaction de Bordet-Wassermann positive, sans répondants d'ordre clinique... ».

Après avoir cité l'observation que nous reproduisons plus loin (n° 7) « (Endocardite infectieuse chez un syphilitique » ils ajoutent : « ainsi chez ce malade les lésions d'aortite syphilitiques répondant à la clas-

sique maladie de Hodgson, semblent avoir suffi, en l'absence de rhumatisme authentique, à préparer le terrain à la greffe infectieuse mortelle ».

Au sujet de l'observation reproduite au chapitre suivant : n° VIII (Endocardite infectieuse chez un rhumatisant syphilitique) ils notent :

« Quel rôle peut avoir joué la syphilis dans cet hybride étiologique ! Elle est resté vraisemblablement au deuxième plan dans les lésions valvulaires, mais nous lui attribuons la déchéance rapide et profonde du myocarde.

« La clinique nous montre quotidiennement avec quelle fréquence se crée l'insuffisance ventriculaire gauche au cours des aortites spécifiques et l'affinité vasculaire de la syphilis, avec ses atteintes parcellaires de la circulation intra-cardiaque, nous rend parfaitement compte de la fragilité du myocarde, mal irrigué et tout préparé à la faillite. »

Enfin, après l'observation que nous citons n° 9 (Endocardite infectieuse chez un rhumatisant syphilitique) ils écrivent :

« Là encore il s'agissait d'un hybride syphilo-rhumatismal et nous estimons que la syphilis avait préparé dans le myocarde les raisons d'une telle défaillance.

« Ainsi, à propos de ces deux observations (8 et 9) nous sommes amenés à envisager la part de l'insuffisance cardiaque dans les Endocardites infectieuses secondaires à évolution lente. La syphilis suffisait

amplement à expliquer le tableau de grande asystolie que nous avons notée à deux reprises... »

Ainsi ces deux auteurs pensent :

1° Que la syphilis valvulaire peut être un facteur prédisposant à la localisation secondaire d'une Endocardite infectieuse ;

2° Que la syphilis précipite l'insuffisance cardiaque en affaiblissant la tonicité du myocarde.

Ils s'écartent donc un peu pour ce qui est du premier terme de leurs constatations, de Thayer, qui considère la syphilis comme pratiquement négligeable dans cet ordre de faits les lésions valvulaires syphilitiques préexistantes, dit-il, furent étonnamment rares.

Mais ils s'en rapprochent pour ce qui est du deuxième terme de leurs déductions.

Thayer, en effet, écrit, dans son mémoire page 185 :

« La syphilis est une cause importante de lésions aortiques et touche souvent les valvules aortiques en déterminant une insuffisance aortique et ses conséquences.

« Elle est probablement associée à une myocardite grave plus communément qu'on ne l'estime en général ».

Personnellement, nous avons trouvé six observations d'Endocardite infectieuse, vérifiée à l'autopsie. Les sujets présentaient une syphilis nette, dans les antécédents, des lésions syphilitiques nettes à l'autopsie.

Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher la syphilis primitive du cœur à l'Endocardite secondaire, et de nous demander si la syphilis n'a pas largement favorisé l'éclosion secondaire de l'infection endocarditique.

Nous n'avons malheureusement qu'un nombre restreint d'observations ; mais elles sont intéressantes.

Dans un seul cas (obs. 1), le début s'est manifesté par une embolie. Une seconde embolie s'est produite au cours de l'évolution de l'Endocardite. La mort est survenue dans un tableau d'infections générale plutôt que d'insuffisance cardiaque.

L'infection générale s'est rencontrée, non seulement dans l'observation 1, mais aussi dans les observations 3, 4, 6.

Dans l'observation 3, l'hyposystolie du début s'est légèrement améliorée ; le malade est mort avec un syndrome de grand infecté.

Dans l'observation 4, l'infection s'est précisée : une pneumonie a précipité l'issue fatale. Là encore ce n'est pas l'insuffisance cardiaque qui a été la cause de la mort. Nous n'avons pas pu identifier de pneumocoque chez ce malade.

Dans l'observation 6, l'infection reste généralisée.

Mais elle passe au 2° plan, dans les cas 2 et 5.

Là c'est l'insuffisance cardiaque qui prédomine

avec une précipitation inusitée de la défaillance du myocarde.

Ces deux cas sont à rapprocher des cas de Marchal et Jaubert et justifieraient leur interprétation du rôle de la syphilis aussi bien que l'interprétation de Thayer.

L'hémoculture a été négative dans les cas 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 8, positive à streptocoque dans le cas 9; elle n'a pas été faite dans le cas 7.

L'évolution rapide dans plusieurs cas, ne nous a pas permis de la répéter.

La réaction de Bordet- Wassermann, dans les faits que nous présentons, a été positive. Devons-nous attacher à ceci une valeur absolue : nous ne le croyons pas ; nous dirons plus tard pourquoi.

Enfin il faut souligner que dans tous ces cas (sauf le dernier où l'autopsie n'a pu être pratiquée), on a trouvé des lésions végétantes ou ulcéreuses presque toujours uniquement au niveau de l'orifice aortique.

Il est frappant de voir que dans deux cas seulement on a trouvé des lésions végétantes sur la mitrale, encore dans un d'entre eux les végétations siégeaient-elles sur la face aortique de la valve mitrale.

Il est également saisissant de voir que chez un malade présentant une lésion aortique étendue et une insuffisance mitrale (cas 5), la valve mitrale est indemne à l'autopsie, alors que les lésions d'Endocardite secondaire siègent au maximum à l'orifice aortique.

En considérant l'ensemble de ces faits nous ne pouvons nous défendre de l'idée que la syphilis joue un rôle plus important qu'on ne le croie comme lésion primitive, comme point d'appel pathologique pour l'infection endocarditique secondaire.

Malheureusement cette notion ne nous est d'aucun secours thérapeutique.

OBSERVATIONS

OBS. I. — B... Georges, 45 ans (Docteur Clerc).

Entre à l'hôpital pour cure radicale de hernie. Est opéré. Les suites opératoires semblent d'abord normales.

Il est encore à l'hôpital, convalescent, mais avec une température à 38°, sans explication locale, quand il ressent brusquement une vive douleur dans la jambe droite, le 24 mai 1925. Progressivement, les douleurs s'exagèrent, malgré les traitements antialgiques habituels. Le membre se refroidit.

Il entre trois jours dans le service de médecine.

Les douleurs sont vives ; l'impotence de la jambe droite est absolue ; le membre est froid, rosé.

Tension artérielle à la jambe droite 0. A la jambe gauche, 13/1/2-3.

Le malade est amaigri, pâle, dyspnéique, surtout à l'effort ; il accuse des palpitations.

L'examen du cœur montre une pointe un peu abaissée, un cœur augmenté de volume, un double souffle de base, un rythme régulier.

Le pouls est à 92, la tension artérielle au membre supérieur est à 13.3.

Les poumons, le foie, la rate, le système nerveux sont objectivement normaux ; il y a un peu de sucre dans les urines, pas d'albumine.

Dans les antécédents, on trouve une affection cardia-

que⁹) qui aurait débuté à 15 ans. Pas de rhumatisme reconnu. A 18 ans, contracte la syphilis (traité, insuffisamment, semble-t-il, par Hg).

Il est père de deux enfants bien portants.

Etant donné la pâleur, la température, qui oscille entre 38 et 39,5, le souffle double à la base du cœur, on fait le diagnostic d'Endocardite avec embolie périphérique chez un malade atteint, probablement, d'aortite et d'insuffisance aortique syphilitique.

On institue un traitement par la septicémine intraveineuse : 5 cc. par jour. Le pouls, la tension artérielle ne se modifient pas. La température persiste, revêt une forme plus alarmante : oscillations de 37 à 39,6 dix jours après son entrée. Les signes cardiaques ne se modifient pas.

Une hémoculture est négative. La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Après huit injections de septicémine, on entreprend douze injections intraveineuses de 0 gr. 05 de caccodylate de soude, en atteignant, progressivement, 0,10. L'état général s'aggrave.

Brusquement, le 15 juin 1925, coïncidant avec une poussée de fièvre plus marquée, survient une douleur brutale dans l'avant-bras droit. Tension artérielle au bras : 11-7, à l'avant-bras : 0. Il s'agit d'une seconde embolie. Les bruits du cœur deviennent plus sourds. Le double souffle de la base s'accroît. Pas de souffle surajouté. La température continue à osciller.

Le 26 juin 1925, les pulsations reparaissent au membre inférieur droit, mais la tension artérielle reste basse. Les oscillations au Pachon sont minimales.

Le 28, on reprend une série d'injections intraveineuses de 5 cc. de septicémine par jour. Après une brève accalmie, la fièvre reprend son allure oscillante. Le malade est très pâle. La rate est augmentée de volume.

La mort survient dans l'hyperthermie, le 10 juillet 1925.

Autopsie. — On trouve des lésions anciennes de l'aorte et des valvules sigmoïdes, mais, sur les valvules sigmoïdes, on trouve des végétations témoignant de l'infection récente de l'endocarde.

Le cœur est hypertrophié, surtout aux dépens du ventricule gauche. Il est peu dilaté.

Obs. II. — V... Jules, 32 ans (Docteur Clerc).

Le malade entre à l'hôpital le 20 février 1925 pour une dyspnée, surtout marquée à l'effort, qui dure depuis trois ou quatre mois, qui s'accompagne d'œdème malléolaire vespéral, apparu à la suite d'une congestion pulmonaire. Jamais de rhumatisme.

Dans ses antécédents, on trouve, à l'âge de dix ans, des crises épileptiformes (?) pour lesquelles il aurait été réformé plus tard. C'est un malade pâle, qui présente une température oscillante entre 38° et 39°. Les artères du cou, la radiale, la fémorale battent d'une façon très marquée.

Au cœur, qui est abaissé, dont la pointe est reportée en dehors, on trouve un double souffle à la base ; le pouls est à 104 ; la tension artérielle de 14-4.

Le foie est douloureux et augmenté de volume. Il y a de l'albumine dans les urines, qui sont peu abondantes.

La rate est nettement augmentée de volume.

Un examen du sang donne les résultats suivants :

G. rouges, 3,640,000.

G. blancs, 29,600.

Hémoglobine, 80 %.

Poly, 85 %.

Lymphos, 7.

Grands monos, 2.

Moyens mores, 5.

OËsoniphile, 0.

Formes de transition, 1.

L'hémoculture est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Dans les jours qui suivent, la tension artérielle, malgré le repos, la diète et une saignée, ne baisse pas. La température se rapproche de 37°. Le foie augmente de volume, déborde maintenant de cinq travers de doigts.

Au cœur, on ne constate aucune modification. Le double souffle est identique ; pas de bruit, ni d'autre souffle surajoutés.

Le 4 mars, la tension artérielle est retombée à 11-4. On entreprend un traitement par des injections de cacylate intraveineuses, à raison de 0 gr. 05 par jour, qu'on ne poursuit, du reste, que pendant quatre jours.

L'état général reste mauvais ; l'albuminurie augmente, 1 gr. 50. La température reste entre 37 et 38. L'auscultation du cœur ne montre aucun changement. La respiration devient plus difficile.

Le 13 mars, on essaie un traitement par le Quinby intra-musculaire, que la mort interrompt, le 16, dans l'adynamie.

Autopsie. — Gros cœur gauche. Aortite syphilitique. Insuffisance aortique, très vraisemblablement de même origine. Sur les valvules sigmoïdes, végétations récentes.

Obs. III. — L... Robert, 40 ans (Docteur Clerc).

Entre à l'hôpital, le 29 octobre 1925, pour mauvais état général : asthénie extrême, température à 40°.

Il présente, en outre, une stomatite, de la diarrhée, de l'oligurie qui sont survenues à la suite de sept injections de Quinby faites pour une lésion de l'aorte, dit le malade.

Jamais de rhumatisme dans des antécédents. Syphilis il y a six ans. Depuis plusieurs mois, dyspnée d'effort et palpitations.

Le malade est pâle, dyspnéique, amaigri, le pouls est bondissant à 100.

Au cœur, on trouve un double souffle de la base. La tension artérielle est de 13-6.

A la radio, on trouve une aorte plus opaque que normalement et un ventricule gauche dilaté.

Il n'y a pas d'œdème malléolaire, mais les urines sont rares, le foie est largement perceptible au-dessous des côtes et douloureux.

Aux poumons, quelques râles.

On met le malade à la diète ; on lui donne 1 gr. de théobromine par jour.

Le foie diminue.

La diurèse se rétablit.

La tension artérielle baisse légèrement, mais la température persiste. La pâleur est la même ; le teint devient cireux ; la rate est augmentée de volume.

L'hémoculture est négative.

Le Bordet-Wassermann est positif.

Le 12 novembre 1925, la température devient largement oscillante.

On donne au malade de l'antipyrine, de la quinine, de la poudre se Dower.

Cependant, la mort survient dans l'hyperthermie, le 19 octobre 1925.

Autopsie. — Gros cœur. Lésions d'aortite anciennes. Sur les valvules sigmoïdes et sur l'endocarde, végétations condylomateuses.

OBS. IV. — L... Albert, 33 ans (Docteur Clerc).

Entre à l'hôpital, le 2 janvier 1925, pour asthénie, amaigrissement, pâleur et fièvre continue depuis deux mois.

C'est à la suite d'une bronchite légère, dit-il, que se sont installés ces symptômes.

Depuis huit jours, il a été obligé de rester au lit.

Dans ses antécédents, on ne trouve pas de rhumatisme articulaire aigu. Peut-être du paludisme ? Aurait eu la dysenterie en Allemagne (prisonnier pendant la guerre).

Plus importante paraît la notion de furonculose, datant du début de 1924 et qui a duré trois mois.

Le malade est pâle, terreux.

La température est entre 38° et 40°.

Au cœur, on trouve un double souffle aortique, un roulement à la pointe. La tension artérielle est de 12-4. L'hémoculture est négative. Le Wassermann est positif.

On met le malade à la diète, en raison d'un foie hypertrophié, d'albuminurie. Huit jours après son entrée, la température atteint 40°. Le pouls est à 104. La pâleur est extrême. La rate est augmentée de volume.

On prescrit ; après avoir donné 50 centigrammes de quinine pendant deux jours, dix gouttes de digitaline pendant cinq jours et 5 milligr. de cyanure intraveineux pendant cinq jours.

Aucune modification des symptômes.

Un dosage d'urée sanguine montre 0 gr. 81.

Un examen du sang montre :

G. rouges : 2,450,000.

G. blancs : 16,800.

Hémoglobine : 60 %.

Poly : 89.

Lymphos : 6.

Grands monos : 1.

Moyens monos : 3.

OÉsinophiles : 0.

Formes de transition : 1.

Le 13 janvier, on constate un foyer pulmonaire et une expectoration rouillée.

Le teint est subictérique.

Le malade meurt le 15 en hyperthermie.

Un examen de crachats avait montré quelques rares pneumocoques et l'absence de B. K.

Autopsie. — Pneumonie du poumon gauche.

Cœur : augmenté de volume, surtout le cœur gauche.

Lésions d'aortite anciennes. Végétations sur les valvules sigmoïdes.

Thrombose de l'oreillette gauche. Quelques végétations pariétales.

Obs. V. — F... Berthe, 43 ans (personnelle).

Entre à l'hôpital, le 12 mai 1926, pour palpitations, dyspnée d'effort, douleurs précordiales angineuses, anémie et fièvre.

Dans ses antécédents, pas de syphilis reconnue. Néanmoins, après une prise de sang faite il y a un an à Saint-Louis elle a été traitée par des injections de sulpharsénol.

Pas de rhumatisme.

A l'examen, la malade est pâle, fébrile : 38°,5.

Au cœur, souffle systolique râpeux de la pointe, à faible propagation axillaire. Double souffle de la base très intense. Pouls 100. Tension artérielle, 10-4.

Ortho : gros ventricule gauche. Aorte augmentée, cylindriquement, plus opaque que la normale.

Léger œdème malléolaire.

Rate palpable.

Les autres organes semblent normaux.

Pas de syphilis nerveuse.

Réaction de Bordet-Wassermann : très positive.

Mise à la diète, à la digitaline. La malade reçoit douze injections intraveineuses de cyanure de Hg. : les œdèmes disparaissent, mais la malade urine peu. Les signes cardiaques sont sans changement. La température persiste. La pâleur s'accroît, L'asthénie est très marquée.

Le 10 juin, hémoculture négative. La température oscille, les œdèmes reparaissent, le pouls est à 130.

Insuffisance cardiaque terminale. Mort, le 27 juin 1926.

Autopsie. — Gros cœur gauche. Petite insuffisance mitrale sans végétations. Aortite. Lésions sigmoïdiennes : les valvules sont en partie détruites par les végétations.

Obs. VI. — D... Albert, 37 ans (personnelle).

Entre à l'hôpital, le 7 avril 1927, pour amaigrissement et fièvre.

Antécédents : une atteinte rhumatismale il y a quatre ans. La syphilis : chancre il y a huit ans, lésions secondaires, puis traitement. A déjà été soigné, pour aortite.

Examen : Malade anémique, extrêmement fatigué, gêne respiratoire, artères battantes.

Cœur : éréthisme. Choc de la pointe. A la base : gros souffle systolique et petit souffle diastolique.

Pouls à 88, bondissant. Tension artérielle, 15-7.

Ortho : aorte un peu élargie, très opaque. Hypertrophie du ventricule gauche.

Pas d'œdème. Pas de gros foie, mais :

Rate perceptible sur quatre travers de doigt.

Fièvre oscillante : 38°, 39°, 5.

Pâleur extrême.

Le malade est mis au repos, à la diète ; on administre des tonicardiaques : sans résultat.

La fièvre persiste : on prescrit le salicylate de soude en ingestion : sans résultat.

Hémo-culture : négative.

Le pouls monte à 120. Le souffle diastolique devient plus intense.

Bordet-Wassermann, positif.

Le 21 avril, on entreprend un traitement par le cyanure de mercure, qui n'apporte aucune amélioration.

La mort survient le 2 mai dans l'hyperthermie.

Autopsie. — Gros cœur gauche. Lésions actives d'aortite. Végétations sur les valvules sigmoïdes latérales. La valvule postérieure est presque entièrement détruite par des proliférations molles.

OBS. VII. — M... H., 46 ans (Marchal et Jaubert).

C'est un syphilitique avéré qui vient consulter pour un purpura en larges placards ecchymotiques, disséminés sur tout le corps. Se plaint, également, d'arthralgies aux tibio-tarsiennes et aux genoux. C'est un polyscléreux présentant, à la base, un double souffle. Rate un peu grosse. Gros foie. Pas de fièvre, sauf une petite poussée à 38° six jours après l'entrée à l'hôpital.

Le diagnostic porté était celui de purpura rhumatoïde chez un syphilitique. La préexistence de rhumatisme franc était des plus douteuses puisque le malade n'avait accusé d'arthralgies pour la première fois que plusieurs mois avant son purpura.

Mort subite au huitième jour.

Autopsie. — Valvules sigmoïdes aortiques détruites par de petites végétations granuleuses et de petites ulcérations. Végétations multiples sur la face aortique de la

grande valve de la mitrale. Aorte sus-sigmoïdienne pavée de placards calcaires. Gros ventricule gauche. Pas d'infarctus.

OBS. VIII. — M... G., 23 ans (Marchal de Jaubert).

Entre pour des manifestations de grande insuffisance cardiaque (dyspnée considérable, œdèmes), installées depuis deux mois en même temps que des douleurs aux tibio-tarsiennes et aux genoux.

Examen : Petite fuite diastolique de la base. Galop et souffle holo-systolique de la pointe, irradiant assez peu dans l'aisselle. Tachycardie à 120. Tension artérielle : 13-3. OEdèmes des membres inférieurs et du visage.

Gros foie douloureux. Grosse rate.

Une forte hémoptysie des les premiers jours de l'hospitalisation.

La température oscille entre 37° et 39°.

Deux hémocultures négatives.

Une radio montre un énorme ventricule gauche.

Le souffle diastolique et le galop s'entendent avec plus ou moins de netteté d'une auscultation à l'autre ; à diverses reprises, les extrasystoles se groupent en rythme bigéminé.

Dans les antécédents : Syphilis avérée et rhumatisme fruste de l'enfance. Réformé pour insuffisance mitrale.

Traitement : successivement, cardibaïne, digibaïne, salicylate de soude par la bouche et en injections intra-veineuses.

Mort au bout de cinq semaines.

Autopsie. — Dans les poumons, ni lésions tuberculeuses, ni infarctus.

Dans le péricarde : 100 cc. de liquide séro-fibrineux. Petites plaques laiteuses sur la face antérieure du ventricule gauche.

Aucune anomalie à l'examen des cavités droites et de l'artère pulmonaire.

Oreillette gauche : distendue, avec épaissement blanchâtre de l'endocarde et végétations près de l'orifice de l'auricule.

Une grosse végétation ulcérée sur la face auriculaire de la mitrale, et trois petites végétations de la taille d'une lentille sur la face ventriculaire de la valve.

Petites végétations disséminées dans l'épaisseur d'une des valvules sigmoïdes aortiques. Aorte de calibre normal, dont la tunique interne est parsemée de quelques placards blanchâtres et indurés dans les premiers centimètres de la portion ascendante.

Ventricule gauche hypertrophié et très dilaté.

Rate très volumineuse (580 gr.), avec péricapsulite ; contient deux infarctus grisâtres, gros comme des noisettes.

Gros foie assez dur à la coupe et d'aspect muscade.

Frottis pratiqués avec une végétation mitrale : montrent du streptocoque.

OBS. IX. — M... B., 57 ans (Marchal et Jaubert).

Fait une crise d'asystolie fébrile quinze jours avant son entrée à l'hôpital (dyspnée, œdèmes, oligurie, température à 38°5) ; myalgies concomitantes.

Grosse matité cardiaque, pointe dans le 6^e espace. Souffle systolique de la pointe. Galop. Tachycardie. Extrasystoles.

Tension artérielle : 11-8.

Râles fins aux deux bases pulmonaires.

Gros œdèmes des membres inférieurs.

Gros foie douloureux.

Rate un peu augmentée de volume.

Pâleur et asthénie.

La température oscille entre 38° et 39°. Albuminurie importante. Pas d'azotémie, sauf une poussée passagère à 0 gr. 70 %.

Une hémoculture donne du streptocoque.

La netteté du galop varie d'un jour à l'autre.

Apparition successive de torpeur. Respiration de Cheyne-Stokes, purpura à forme pétéchiale, délire, confusion mentale, raideur de la nuque et signe de Kernig. La ponction lombaire montre une hémorragie méningée.

Mort cinq semaines après l'entrée à l'hôpital.

Dans les antécédents, poussées rhumatismales très brèves et peu fébriles répétées depuis l'âge de dix-sept ans. Chancre induré à l'âge de vingt-quatre ans ; traitement spécifique suivi sans méthode.

L'autopsie n'a pu être faite.

QUE FAUT-IL PENSER DE LA SYPHILIS COMME AGENT CAUSAL

Etant donné la fréquence relative de la syphilis dans les antécédents des malades qui présentaient une endocardite infectieuse, surtout quand elle était vérifiée à l'autopsie, il était naturel de se demander, non seulement si la syphilis pouvait jouer, comme lésion prédisposante, mais encore si elle ne pouvait pas intervenir comme cause déterminante.

Spillmann et Chevelle, de Nancy, ont publié un cas d'endocardite aigüe, mitrale, survenue au cours de la période secondaire d'une syphilis maligne précoce. L'affection fut traitée par quatre injections intraveineuses de néosalvarsan, qui suffirent à enrayer les accidents.

Elles furent pratiquées malgré de nombreuses contre-indications : lésion cardiaque, lésion laryngée, albuminurie.

Nous avons essayé de retrouver dans la littérature d'autres observations de cet ordre ; mais nous n'en avons trouvé aucune, ni dans les nombreux services où nous sommes passés, ni dans les publica-

tions françaises ou étrangères. En particulier, Thayer dans son remarquable travail sur les Endocardites infectieuses qu'il a pu observer depuis plus de 34 ans en Amérique, n'en rapporte aucune.

D'autre part, au cours de toutes les endocardites infectieuses, l'hémoculture a fourni soit des résultats positifs, soit des résultats absolument négatifs, que le malade ait été syphilitique ou non.

Enfin, il nous paraît difficile de mettre sur une infection dont on n'a aucun contrôle anatomique (le cas publié aurait guéri) l'étiquette d'Endocardite aigüe.

Jamais on n'a pu isoler de tréponème dans les végétations endocarditiques, chez ces malades dont la syphilis était manifeste.

Pour nous, nous ne croyons pas que la syphilis ait une action déterminante. Elle reste vraisemblablement au second plan dans les lésions valvulaires ; c'est également l'avis de Marchal et Jaubert.

Nous avons vu le rôle indéniable qu'on peut lui faire jouer dans les lésions primitives de l'endocarde sur lequel se grefferait secondairement l'endocardite infectieuse.

Nous voulons insister encore ici sur l'action réelle que présente la syphilis au cours de la décompensation cardiaque.

Il est certain que le cœur préalablement touché par la syphilis ne peut réagir à l'infection aussi vigoureusement que le cœur sain. La syphilis vient encore

dans certain cas ajouter son poids à la tare rhumatismale.

On comprend aisément que l'insuffisance cardiaque apparaisse plus rapidement chez ces malades dont le cœur est à la limite du déséquilibre.

Une fois ce déséquilibre déterminé, il faut s'attendre à voir évoluer, très rapidement, l'endocardite qui jusqu'alors progressait sur un cœur encore résistant, mais qui désormais évolue en fatiguant un myocarde profondément altéré.

Nous rejetons donc absolument la possibilité d'Endocardite infectieuse syphilitique pure.

**QUE FAUT-IL PENSER DE LA RÉACTION
DE BORDET-WASSERMAN
DANS LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES**

La réaction de Bordet-Wassermann est souvent positive dans la moitié des cas, suivant Laubry, Bein, Hess, Landau, chez les malades atteints d'Endocardite prolongée.

« Comme fort souvent les antécédents syphilitiques font défaut, il semble qu'il s'agisse d'un caractère un peu spécial du sang, comme on en constate aussi dans la scarlatine, par exemple. »

Ainsi s'exprime M. Achard.

Ce qu'il dit au sujet de l'Endocardite lente peut être dit également au sujet de l'Endocardite infectieuse. Il est certain qu'il est des cas où le résultat de la réaction de Bordet-Wassermann ne « cadre » pas avec les résultats de l'investigation chimique, même quand on est sûr de la technique employée.

Pourtant nous avons eu des réactions de Bordet-Wassermann positives dans nos six cas inédits, et il s'est trouvé que c'était chez des malades cliniquement syphilitiques.

Mais le nombre de nos observations peut-être est insuffisant pour conclure à la valeur de la réaction. Il est trop d'auteurs qui signalent des résultats déconcertants pour que nous soyons affirmatifs à ce sujet.

Achard pense à des modifications sanguines.

Thayer ne parle pas du tout de la réaction de Bordet-Wassermann, qu'il n'aurait pas manqué de mettre en valeur si elle lui avait été de quelque secours clinique.

D'ailleurs, Landau et Held ont étudié la question pour l'endocardite lente.

Ils concluent qu'il ne faut pas tenir compte d'un Bordet-Wassermann positif pas plus d'ailleurs que d'un Bordet-Wassermann négatif.

Pour eux, l'Endocardite favoriserait un certain état du milieu sanguin pour lequel la réaction de déviation du complément ne joue plus seulement dans les cas de syphilis.

Faut-il étendre ces conclusions à la valeur de la réaction dans les Endocardites infectieuses en général ? Nous croyons qu'il ne faut pas être absolu. Il faudra toujours faire une réaction de Bordet-Wassermann, qui ne prend toute sa valeur que si elle accompagne des commémoratifs ou des stigmates nets de syphilis.

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Une étude si incomplète soit-elle des rapports de la syphilis et de l'Endocardite infectieuse, ne saurait rejeter quelques considérations thérapeutiques.

En dehors de toutes les médications proposées par tous les auteurs, en particulier par Thayer, Vaquez, Achard, Debré, etc., dans l'Endocardite infectieuse : antifectieux, septicémine salicylate de soude, uroformine — médicaments de choc : électragol, collargol, etc., — médications plus récentes : mercurochrome, mésothorium, etc., on a essayé également l'emploi d'autovaccins, de filtrats microbiens. Les uns et les autres n'ont jamais obtenu de résultats probants et durables.

Il était naturel, en présence d'échecs thérapeutiques aussi constants, de penser, dans les cas d'Endocardite infectieuse chez des malades syphilitiques, à tenter un traitement antisyphilitique.

On les a tous essayés.

L'observation de Spillmann et Chevelle, de Nancy, où les auteurs ont traité une Endocardite

aigüe au cours d'une syphilis maligne précoce par des injections intraveineuses de néosalvarsan, semblerait en faveur du traitement antisypilitique. Mais, comme nous avons vu il nous semble que l'origine sypilitique de cette endocardite n'a pas été assez prouvée.

De toute façon, cette observation reste par trop isolée pour qu'on puisse en conclure d'une façon positive.

En effet, on a eu recours au mercure les frictions mercurielles, les divers composés mercuriels, en particulier le cyanure de mercure, employé en injections intraveineuses, n'ont jamais donné d'amélioration, n'ont pas pu faire tomber la fièvre, n'ont pas modifié les symptômes cardiaques et n'ont pas enrayé l'évolution de l'infection.

Les composés arsénicaux ont été également essayés. Outre qu'ils sont d'un maniement délicat chez les malades présentant des lésions cardiaques, hépatiques et rénales, ils n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait, si bien qu'il est peut-être inutile de persister dans leur prescription.

Les sels de bismuth n'ont pas donné de résultats plus heureux. Administrés sous forme de spécialité, comme le Quinby ou le Trépol, ils n'ont jamais déterminé d'amélioration, même passagère chez les malades.

En résumé, la notion de la syphilis, dans l'Endocardite infectieuse, quel que soit son rôle, ne con-

tribue en rien à l'emploi d'une médication plus judicieuse.

La thérapeutique actuelle n'est qu'une thérapeutique d'attente. Elle est souvent illusoire. Elle devrait néanmoins toujours être pratiquée.

CONCLUSIONS

I

Il est plus fréquent qu'on ne le croit en général de trouver à la base d'une Endocardite infectieuse, une lésion syphilitique sûre qui a pu constituer un point d'appel pathologique.

II

Nous ne croyons absolument pas que la syphilis puisse intervenir comme agent déterminant de l'Endocardite infectieuse.

III

La syphilis hâte certainement l'évolution de l'Endocardite infectieuse en précipitant l'insuffisance cardiaque.

IV

La valeur de la réaction de Bordet-Wassermann, au cours de l'Endocardite infectieuse est extrêmement relative. Il existe certainement des perturbations

d'ordre humoral qui font que le Wassermann peut être négatif chez des syphilitiques récents avérés. qu'il peut être positif chez des sujets indéniablement non syphilitiques. On n'accordera toute sa valeur au Bordet-Wassermann que lorsqu'il accompagne des commémoratifs ou des stigmates nets de syphilis.

V

Nous ne croyons pas que la thérapeutique anti-syphilitique soit de quelque secours dans les Endocardites infectieuses, même si les malades sont des syphilitiques avérés.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu, le Président,
BEZANÇON.

Vu et permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

III

VI